

# LE MODÈLE DE PARTENARIAT HUMANISTE EN SANTÉ

pour cheminer ensemble avec le patient et ses proches tout au long de la vie

LECOQCQ Dan

LEFEBVRE Hélène

NÉRON André

LALOUX Martine

Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

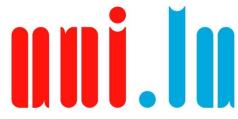


© 2023, Dan Lecocq (dernière révision: 28 avril 2024)



UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES





UNIVERSITÉ DU  
LUXEMBOURG

# Dan Lecocq

- Infirmier belge, spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente, et en oncologie
- Maîtrise en santé publique x2
  - Gestion des établissements et des services de santé
  - Santé, société, laïcité
- Maîtrise complémentaire en pédagogie universitaire
- PhD santé publique à l'Université libre de Bruxelles (ULB) (Belgique)
- Post-doctorat en sciences infirmières à l'Université du Luxembourg (Luxembourg)
  - Pre Laurence Bernard
  - Pr Dave Holmes
- Research Scientist Unilu)
  - Chargé de cours ULB
- Expertise : qualité des soins, partenariat patient, relation patient-professionnels infirmiers, pédagogie en sciences infirmières
- <https://orcid.org/0000-0001-5858-8538>



# Concepts, théories, modèles...

---

De quoi parlons-nous ?

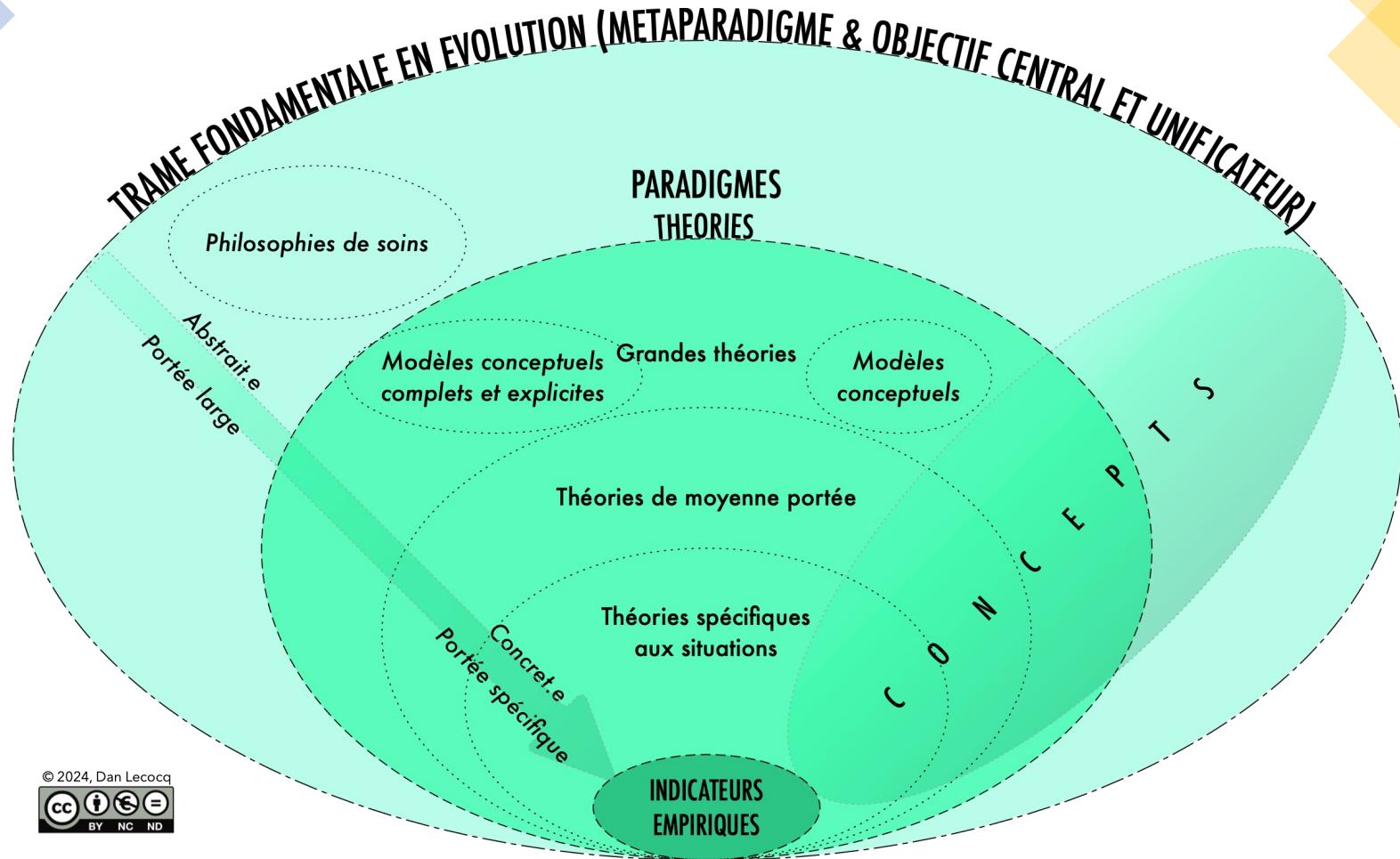


Figure 1 - Hierarchy des travaux théoriques en sciences infirmières (d'après Alligood, 2014; Fawcett, 2005b; Im & Meleis, 1999)

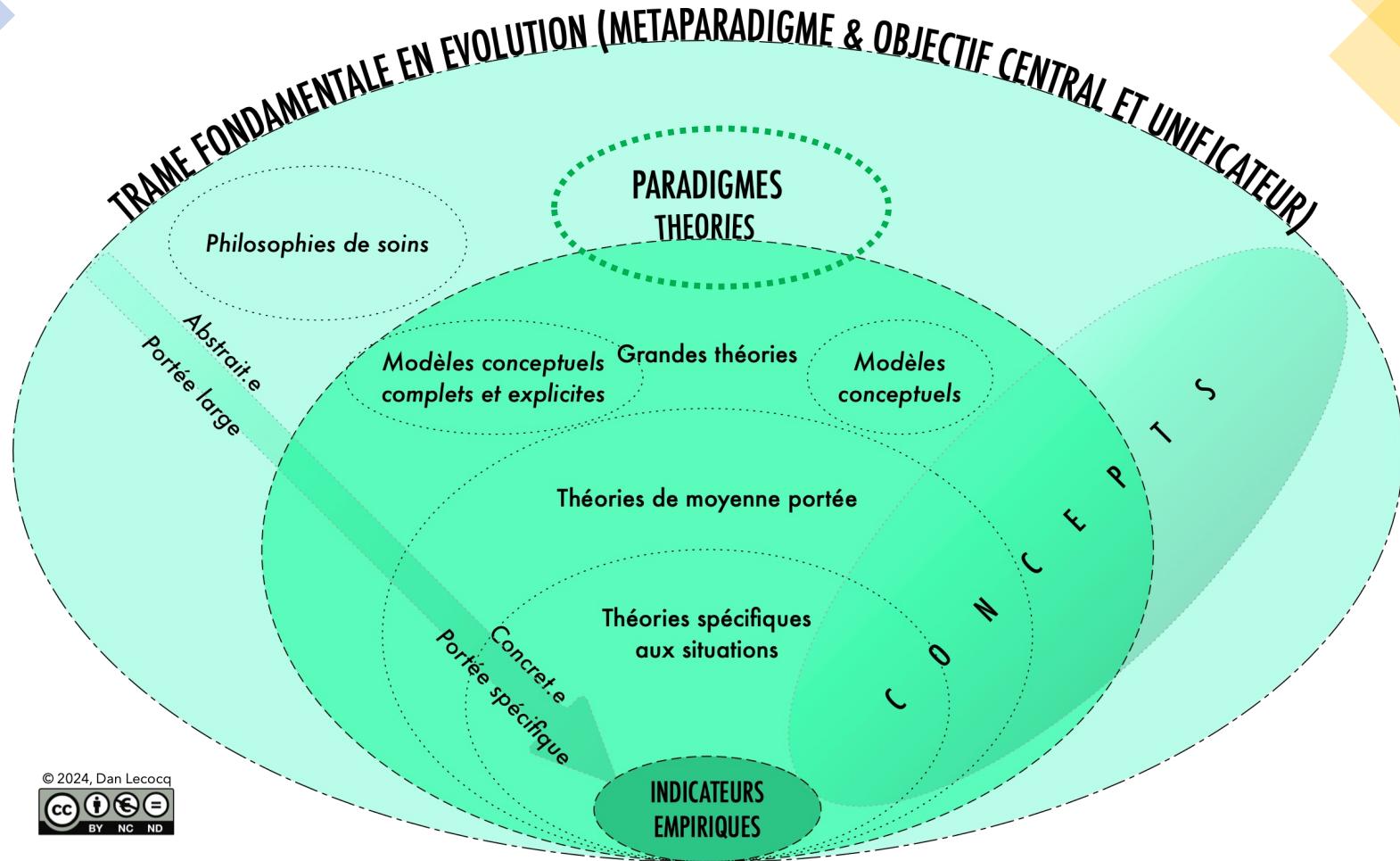
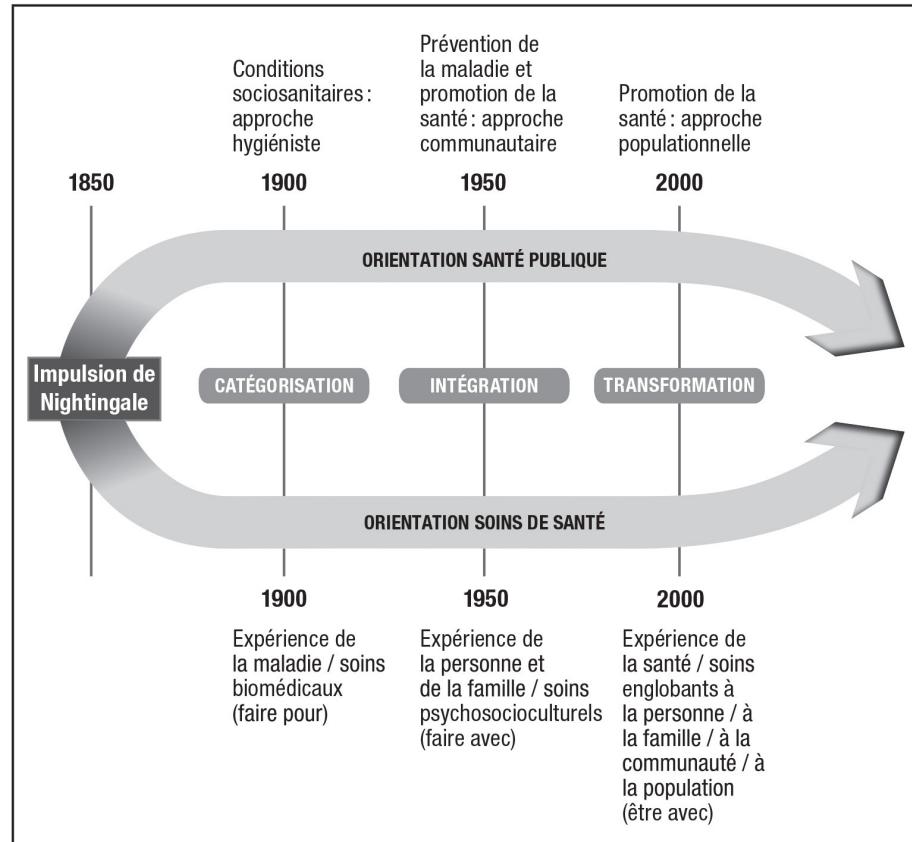


Figure 1 - Hierarchy des travaux théoriques en sciences infirmières (d'après Alligood, 2014; Fawcett, 2005b; Im & Meleis, 1999)

# Visions du monde

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). La pensée infirmière (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière Education.

**FIGURE 2.1** Influence des paradigmes sur les orientations du développement de la discipline infirmière



Reproduction interdite © TC Média Livres Inc.

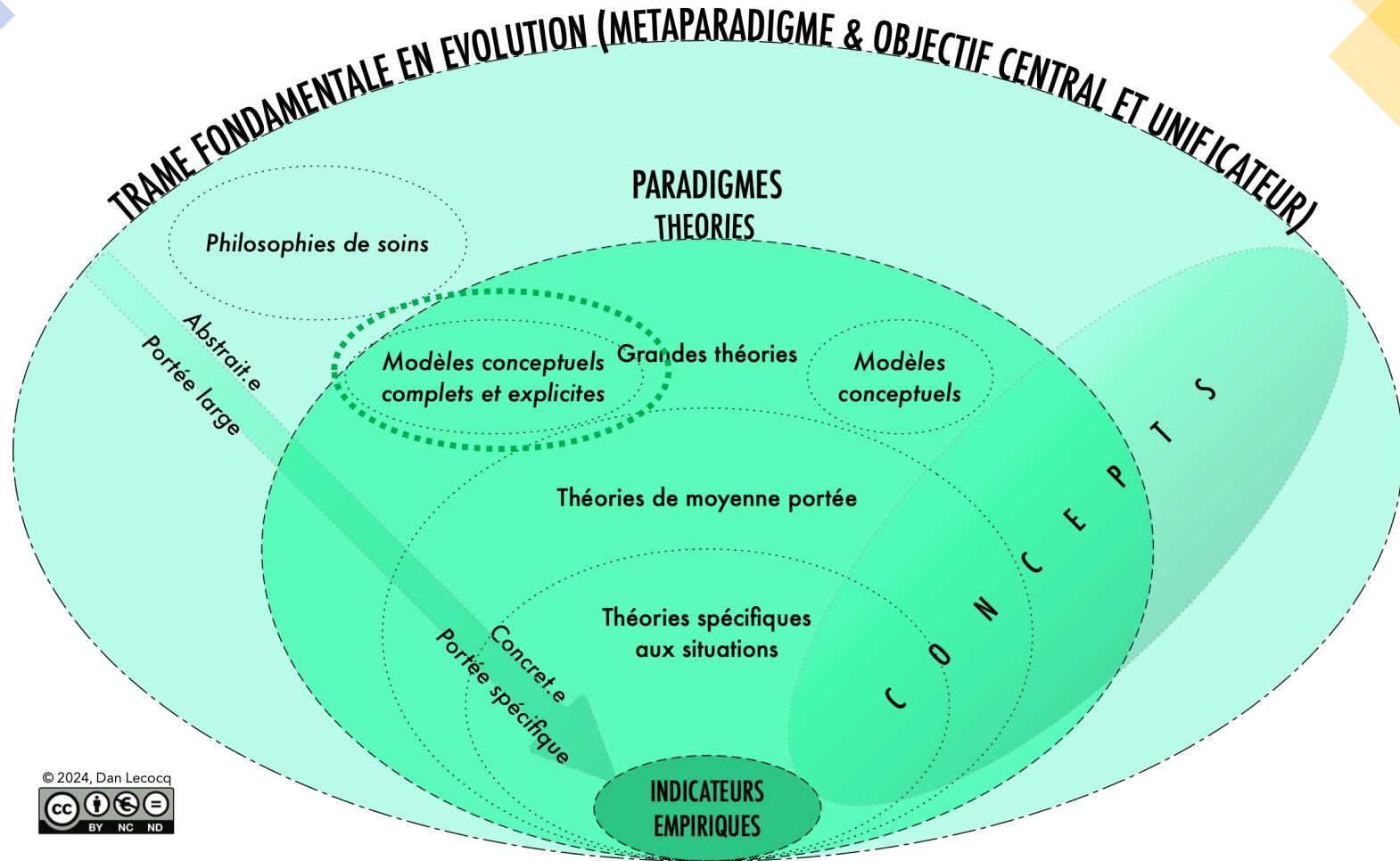


Figure 1 - Hierarchy des travaux théoriques en sciences infirmières (d'après Alligood, 2014; Fawcett, 2005b; Im & Meleis, 1999)

**FIGURE 3.1** Chronologie des conceptions originales de la discipline infirmière selon leur regroupement par école

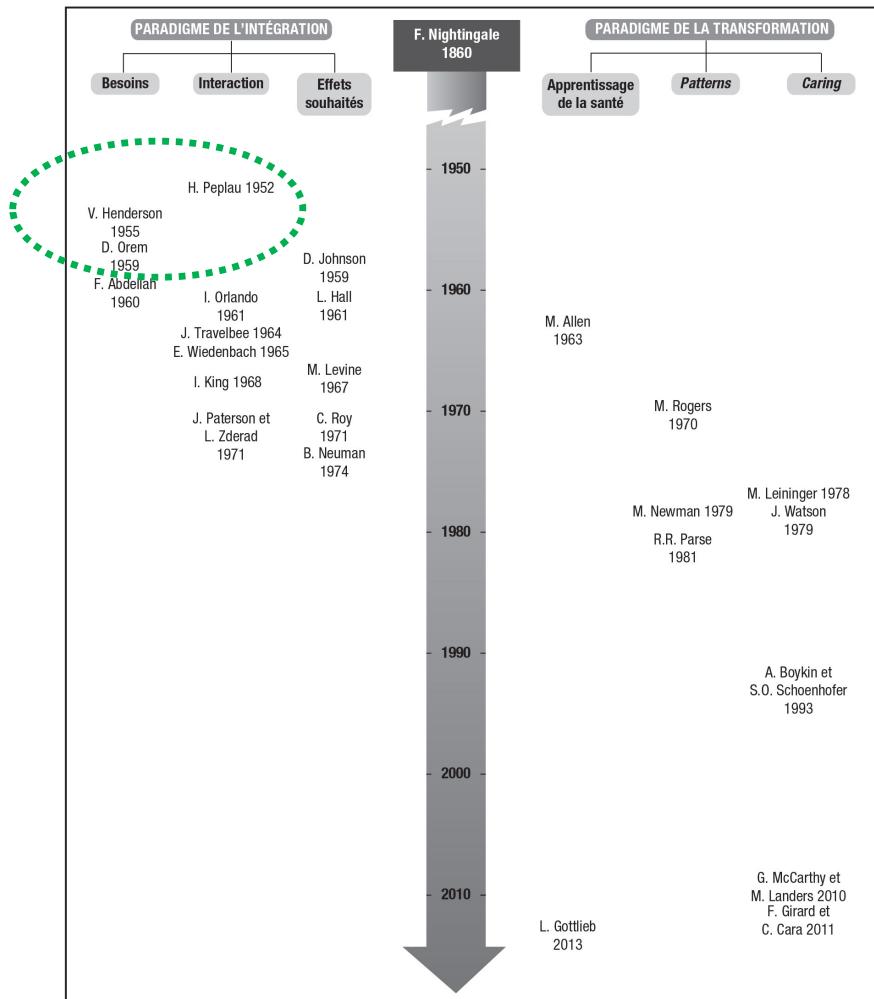
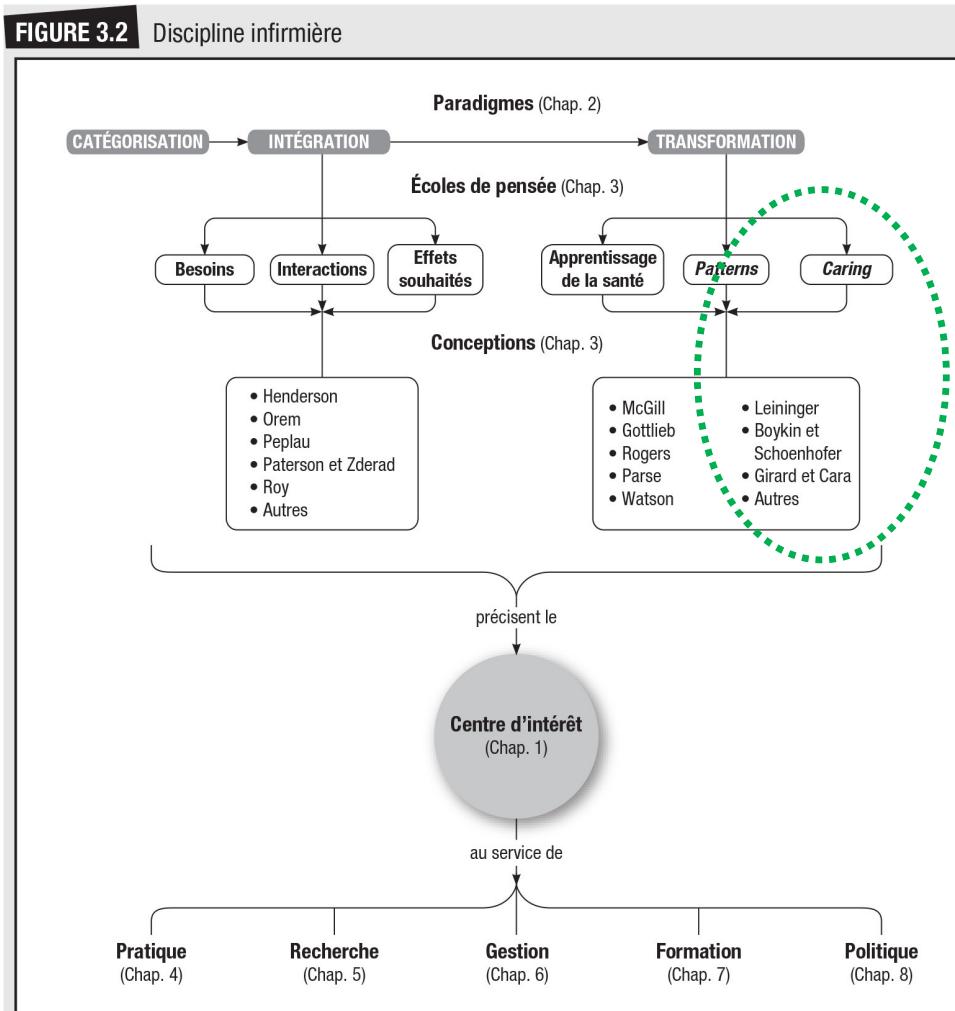


Figure inspirée de A. I. Meleis (2012). *Theoretical Nursing*, 5<sup>e</sup> éd., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 161.

Reproduction interdite © TC Média Livres Inc.

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérrouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière Education

**FIGURE 3.2** Discipline infirmière



Reproduction interdite © TC Média Livres Inc.

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017).  
La pensée infirmière (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière  
Education

# Quel modèle conceptuel de soin infirmier ?

---

Pour la gestion et l'organisation des  
soins et des services

# Modèle conceptuel de soin infirmier (1)

- Chaque infirmière et infirmier fonde sa pratique sur des modèles conceptuels.
- Parfois ceux-ci sont des représentations explicites mais personnelles de leurs pratiques, parfois ils restent implicites, dans leurs actes comme dans leurs écrits (Fawcett, 2016, p. 4).
- Dans les deux cas, les interventions infirmières ne sont pas (aisément) compréhensibles par d'autres quant aux motivations qui les sous-tendent et aux résultats qui sont attendus, ce qui nuit à la continuité de soins, à l'acquisition de nouvelles connaissances et à l'image de la profession.
- C'est pourquoi Fawcett souligne l'importance d'agir selon un modèle conceptuel explicite.

## Modèle conceptuel de soin infirmier (2)

- Cadre de référence caractéristique, pour réfléchir à quoi s'intéressent les infirmières : « horizon d'aspirations » (Popper, 1965, p. 47)
- Guide la pratique infirmière dans le champ de la clinique, de la gestion, de la formation, de la recherche et sur le plan socio-politique
- Aucun modèle n'a démontré sa supériorité « universelle », mais certains modèles peuvent être plus appropriés que d'autres dans certaines situations

# Modèle conceptuel de soin infirmier (3)

- S'approprier les théories infirmières
- Gestion :
  - « Managers suiveurs » (Hewison, 2007)
  - « Leaders » (Sieloff & Raph, 2011)
- Clinique : identité professionnelle, sens au travail

## III But de recherche & Hypothèse principale

Réaliser un panorama des (décrire les) MCSI utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Un modèle conceptuel de soin infirmier sous-tend la politique du chef de département infirmier dans la majorité des hôpitaux.

# Devis de recherche



Quantitative transversale  
exploratoire (LoBiondo-Wood  
& Haber, 2014, pp. 202-205)

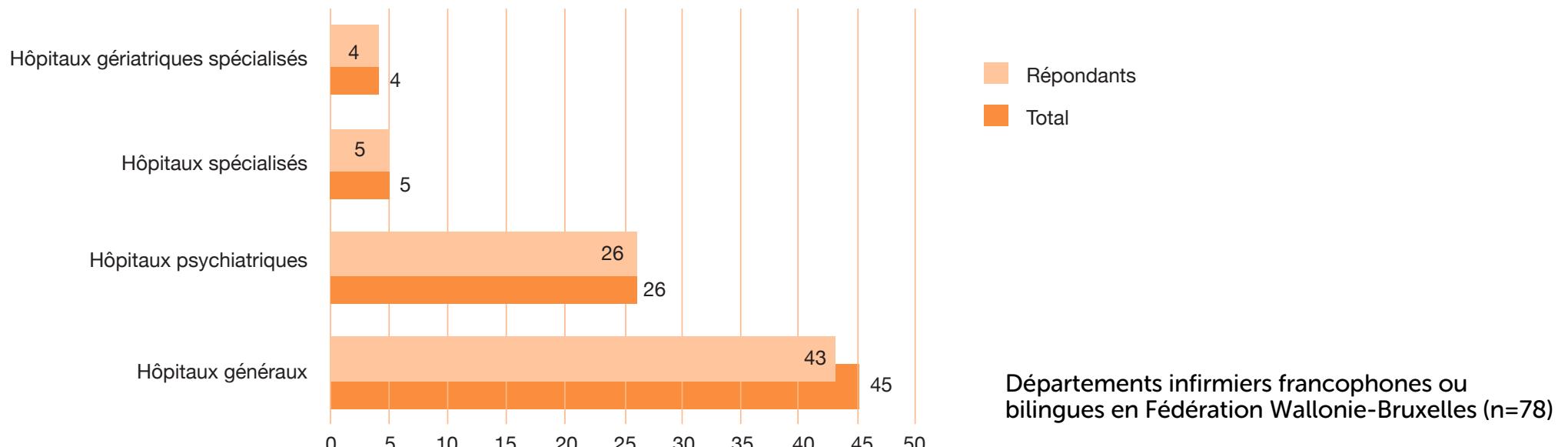


Départements infirmiers  
francophones et bilingues  
belges

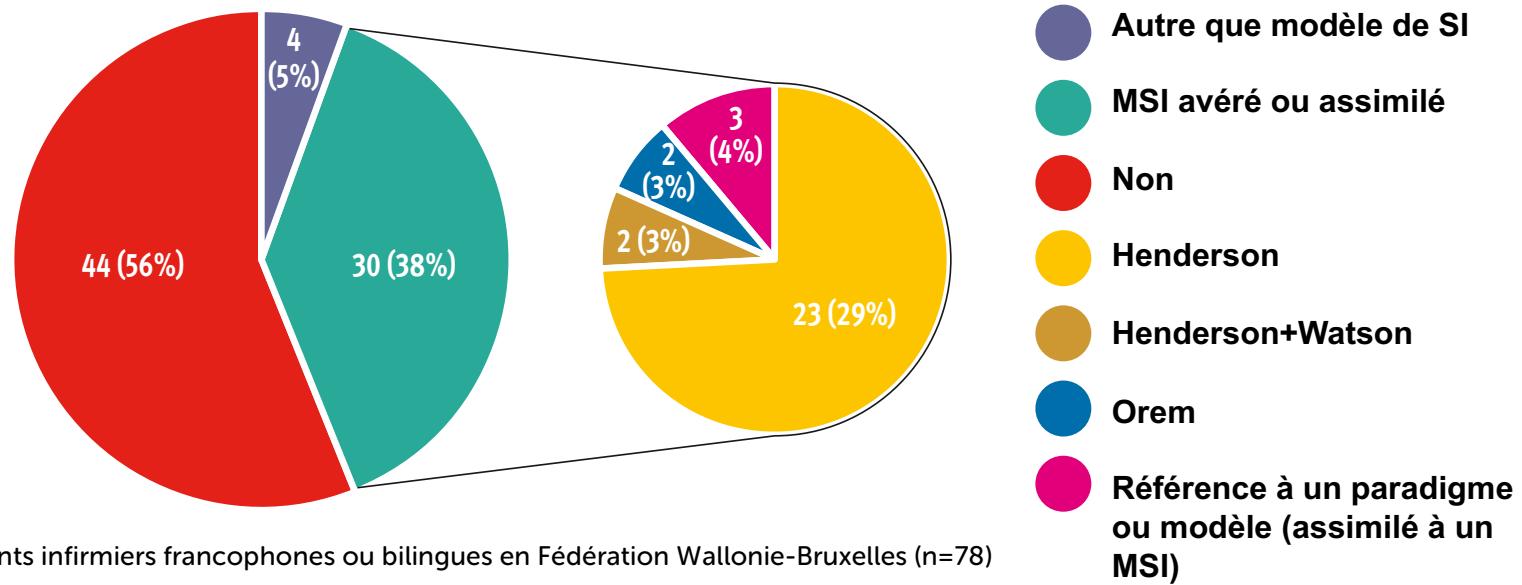


Questionnaire

# Échantillon selon le type d'hôpital



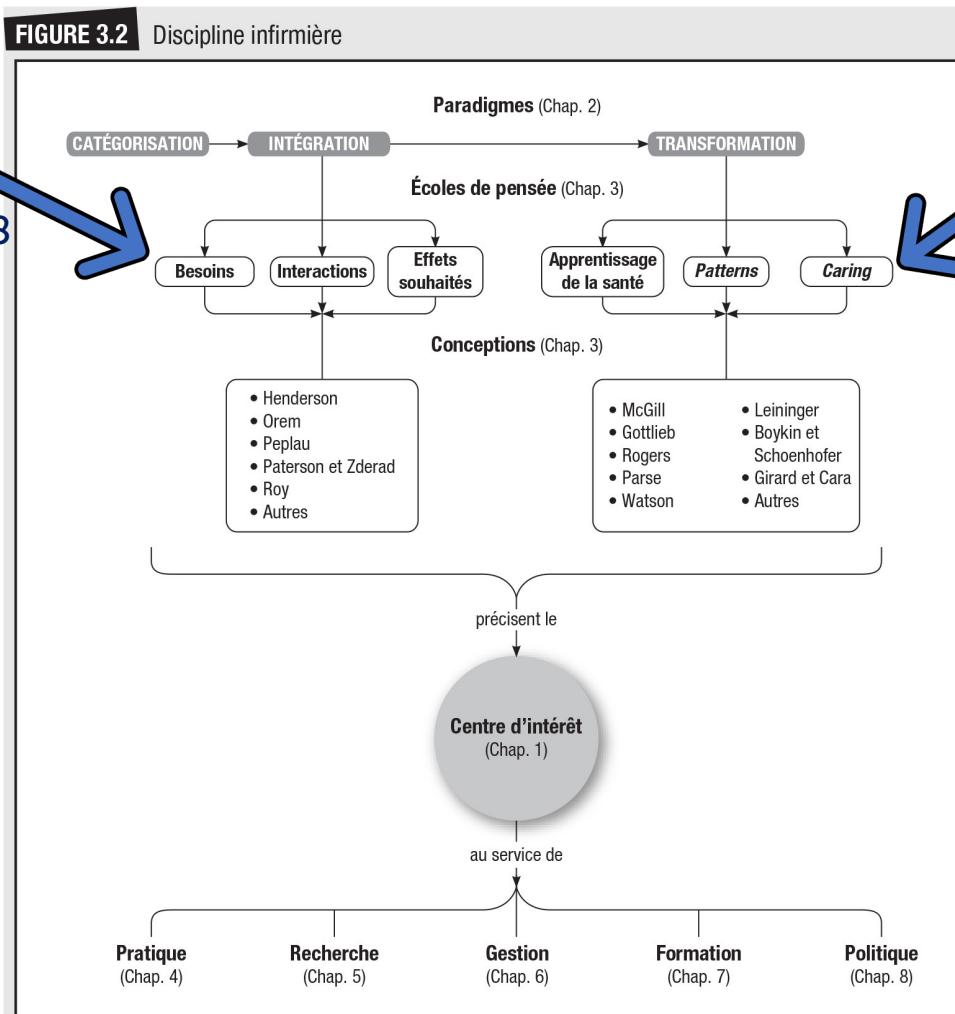
# III Modèle conceptuel de soin infirmier qui sous-tend l'action des départements infirmiers



Lecocq, D., Lefebvre, H., Bachelet, L., Berrabah, O., Dyikpanu, D., Martin, D., Siddu, D., Mengal, Y., & Pirson, M. (2017). Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues. Recherche en soins infirmiers, 129, 27-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0027> 17

**FIGURE 3.2** Discipline infirmière

n=28

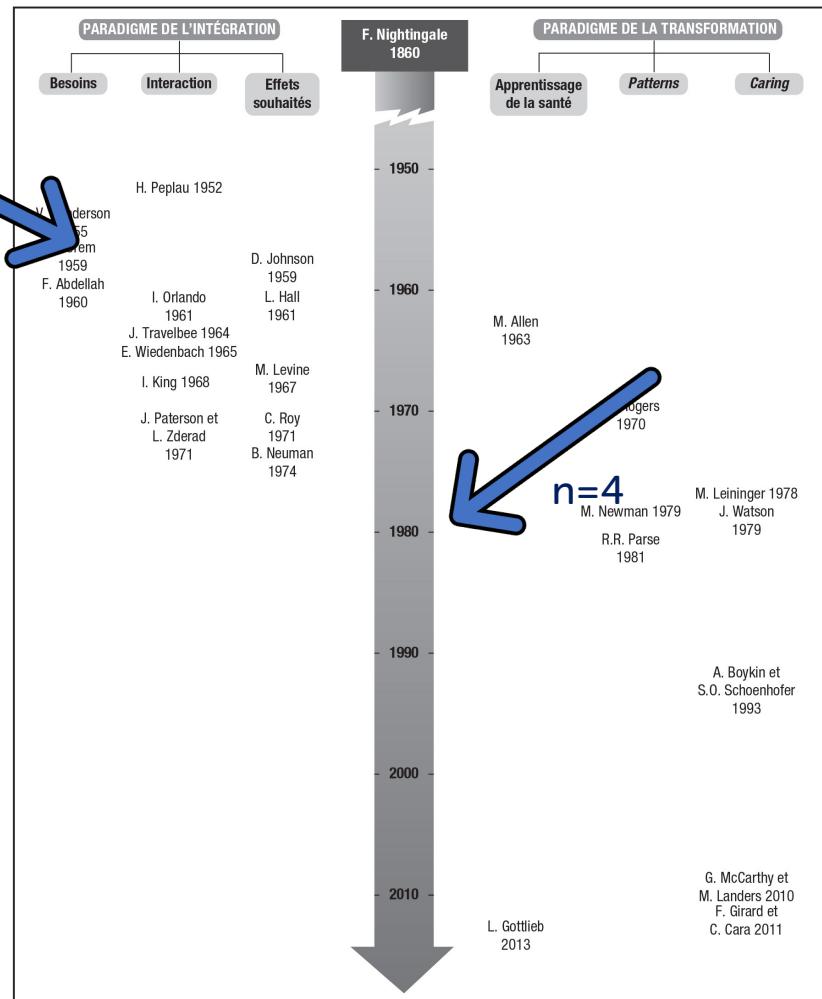


n=4

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017).  
La pensée infirmière (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière  
Education

**FIGURE 3.1** Chronologie des conceptions originales de la discipline infirmière selon leur regroupement par école

n=28



n=4

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérrouac, S. (2017).  
La pensée infirmière (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière  
Education

Figure inspirée de A. I. Meleis (2012). *Theoretical Nursing*, 5<sup>e</sup> éd., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 161.

Reproduction interdite © TC Média Livres Inc.



## Résultats principaux

- Le modèle de Virginia Henderson est le MCSI « dominant »
- Aucun MCSI ne sous-tend la politique du chef de département infirmier dans la majorité des hôpitaux

Comment évoluer ?



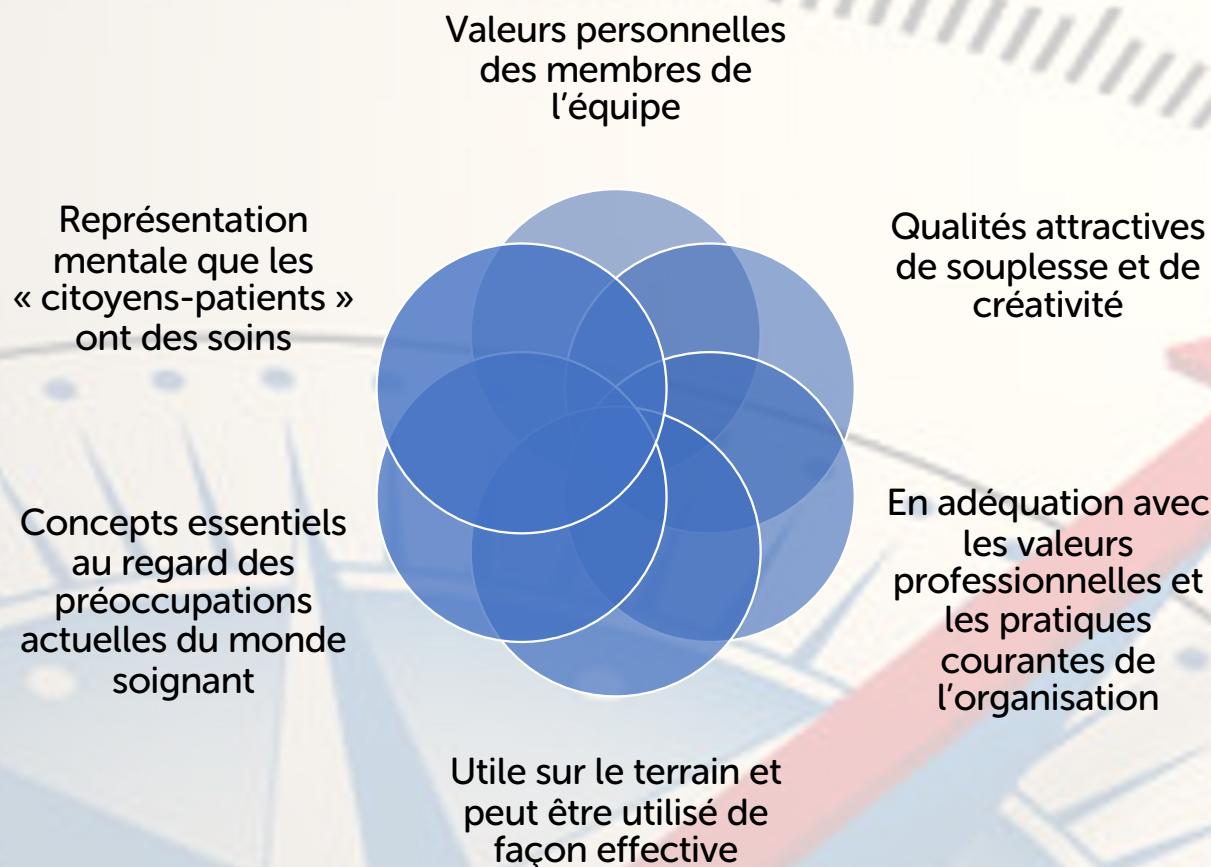
# Choisir un nouveau modèle conceptuel de soins infirmiers

## Une vision datée

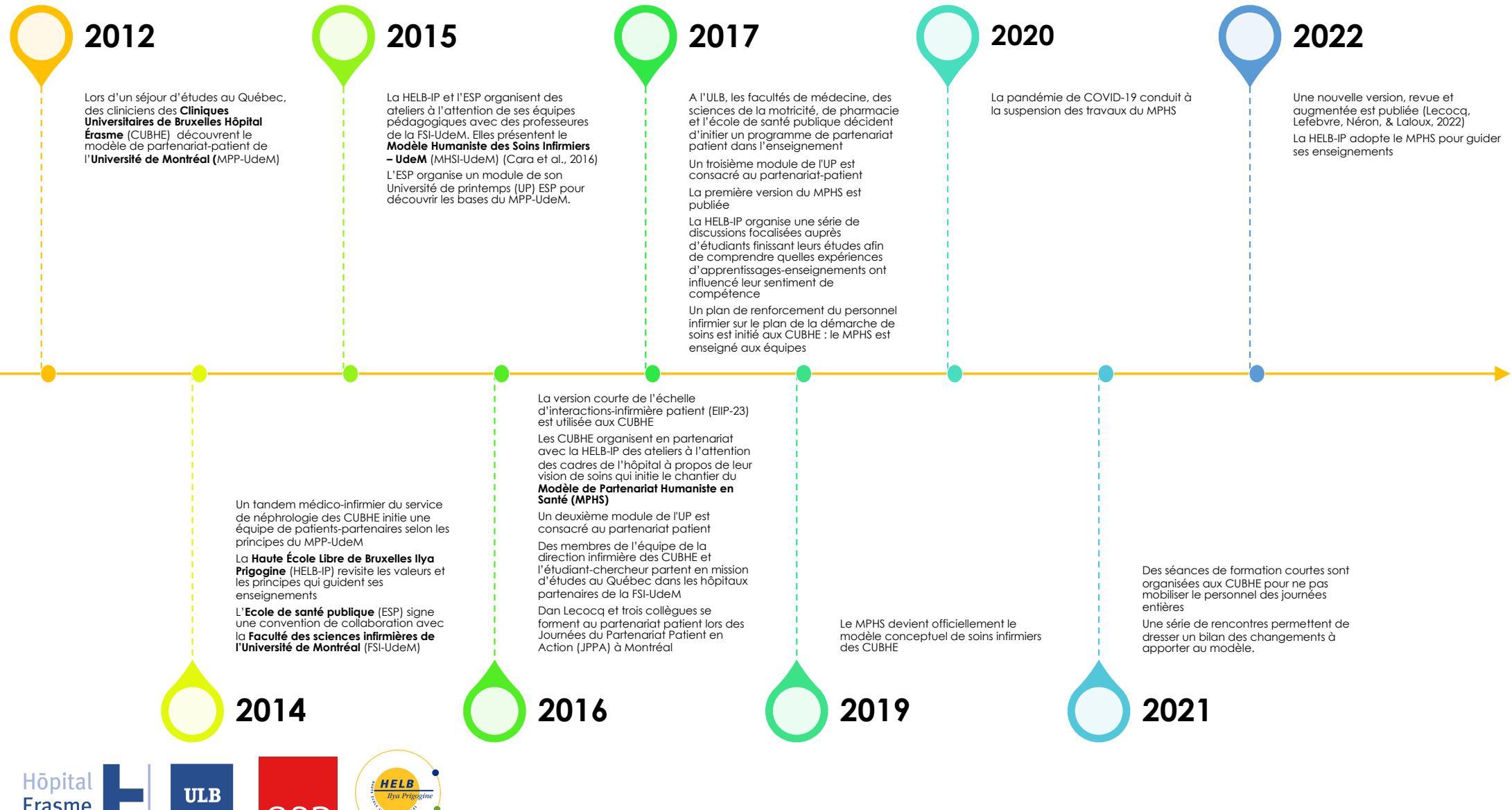
- Vision datée des années 1950-1960
- Catégorisation / hiérarchisation  
(Pellissier, 2009)
- Déshumanisation (Pellissier, 2006)
- Paternalisme (bio)médical

# Choisir un nouveau modèle conceptuel de soins infirmiers

## Comment ?



(Alligood, 2013; Amar & Guegen, 2007, p. 56-57)



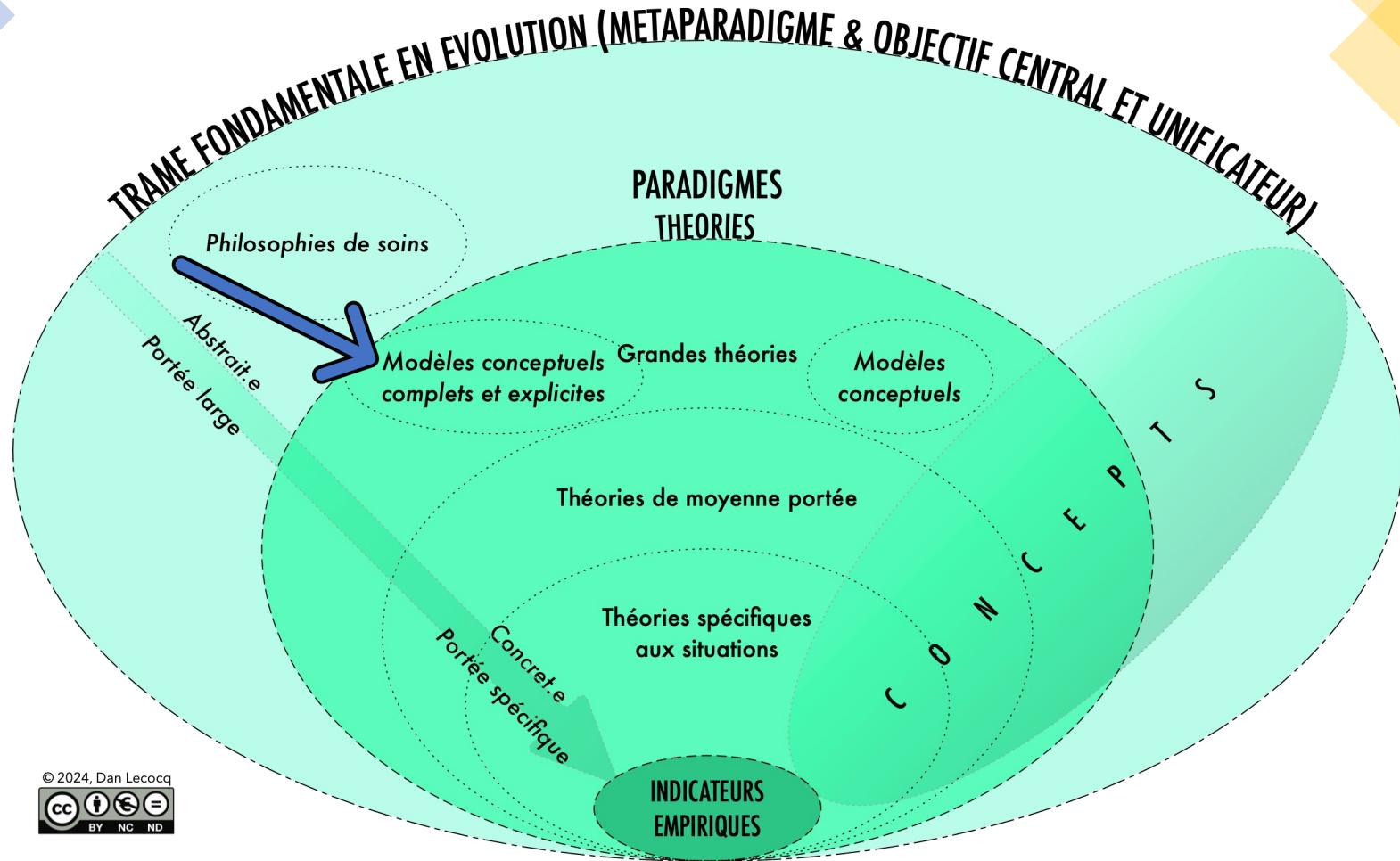
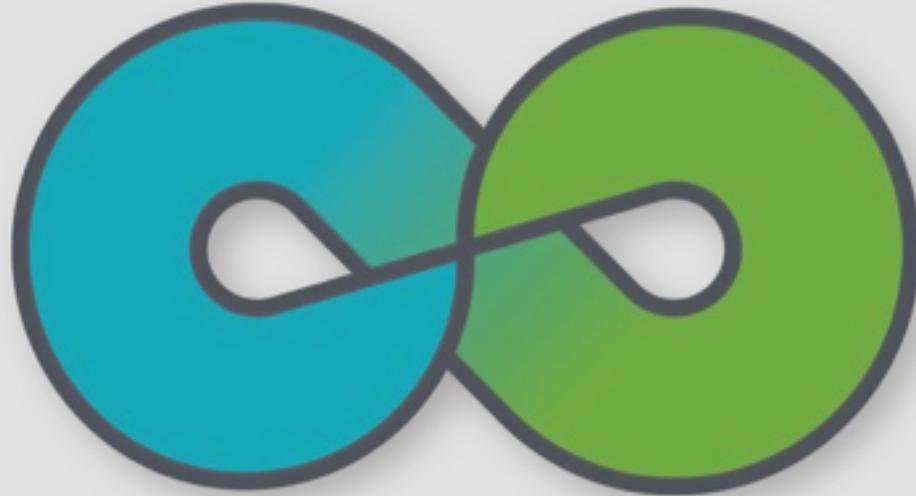


Figure 1 - Hierarchy des travaux théoriques en sciences infirmières (d'après Alligood, 2014; Fawcett, 2005b; Im & Meleis, 1999)

# Modèle conceptuel complet et explicite

(Adam, 1999 cité par Pepin et al., 2017, p.51)



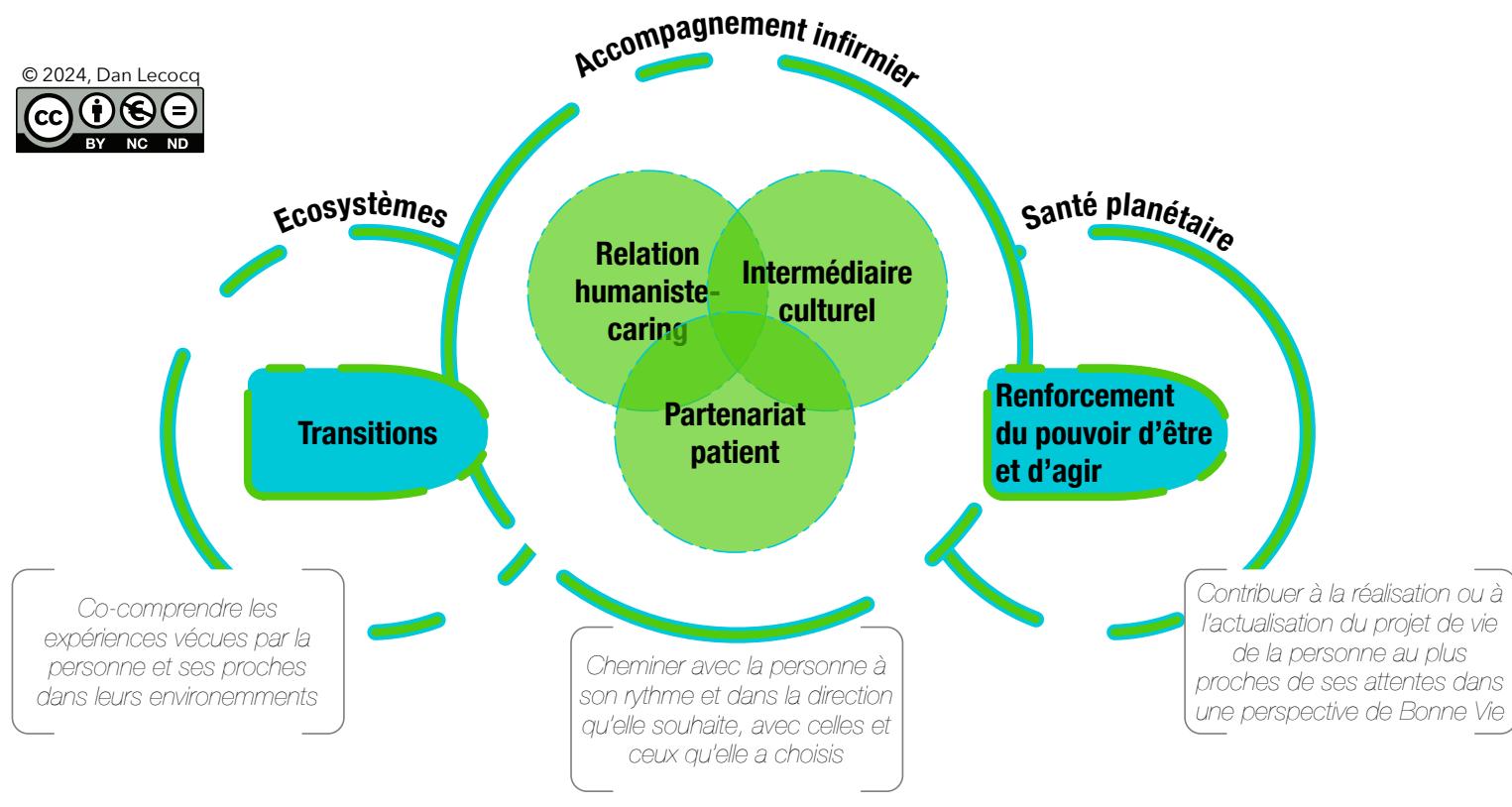


# Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé

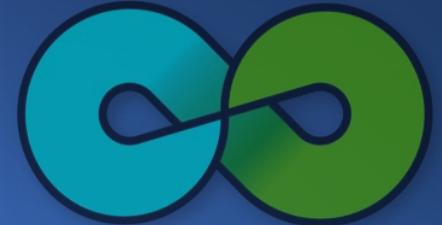
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., & Laloux, M. (2022). Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (1<sup>ère</sup> édition). CERESI - Cellule de recherche en science infirmière. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5835570>
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. Un modèle de soins infirmiers co-construit par des patients partenaires et des professionnels. *Soins*, 816, 17-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>
- Lecocq, D., & Lefebvre, H. (2021). Une perspective disciplinaire pour la pratique avancée. *Soins*, 66(853), 22-25. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(21)00052-9)

# Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé

© 2024, Dan Lecocq  

# Postulats et valeurs (1/3)



- Le MPHS s'inscrit dans le courant **humaniste-caring post-moderne**.
- C'est un modèle conceptuel de soins infirmiers **laïque**, au sens où il ne revendique son inscription dans aucune tradition religieuse. Il a une conception séculière du libre arbitre et postule par conséquent que l'être humain est également capable d'agir en fondant son action sur la raison dégagée des dogmes religieux.
- Dans une perspective de « Bonne Vie », le MPHS considère que **la santé humaine, individuelle et collective, est indissociable de la santé planétaire**, définie comme la santé de la civilisation humaine et de l'état des systèmes naturels dont elle fait partie et dont elle dépend.

# Postulats et valeurs (2/3)



- Les valeurs du MPHS sont :
  - la tolérance : chaque être humain, dans toutes ses dimensions mérite tous les égards et la considération du fait de son statut d'être humain ;
  - l'autonomie : chaque être humain est libre et capable de se gouverner lui-même et d'effectuer ses propres choix ;
  - la confiance dans le potentiel intrinsèque de chaque être humain qui, dans la diversité, mobilise ses ressources ;
  - l'imputabilité : chaque être humain accepte de rendre compte de la façon dont il s'acquitte des responsabilités qu'il reconnaît comme étant les siennes et des engagements qu'il a pris ;
  - l'égalité : « horizontale », soit le traitement égal pour tous les individus, et « verticale » (équité), c'est-à-dire le traitement différencié de personnes qui présentent des caractéristiques qu'on ne peut ignorer sans causer d'injustice
  - la justice sociale : chaque être humain veille à ce que tous aient accès aux ressources qui lui permettent de se réaliser, et s'engage pour lutter contre les discriminations et corriger les inégalités en la matière.

# Postulats et valeurs (3/3)



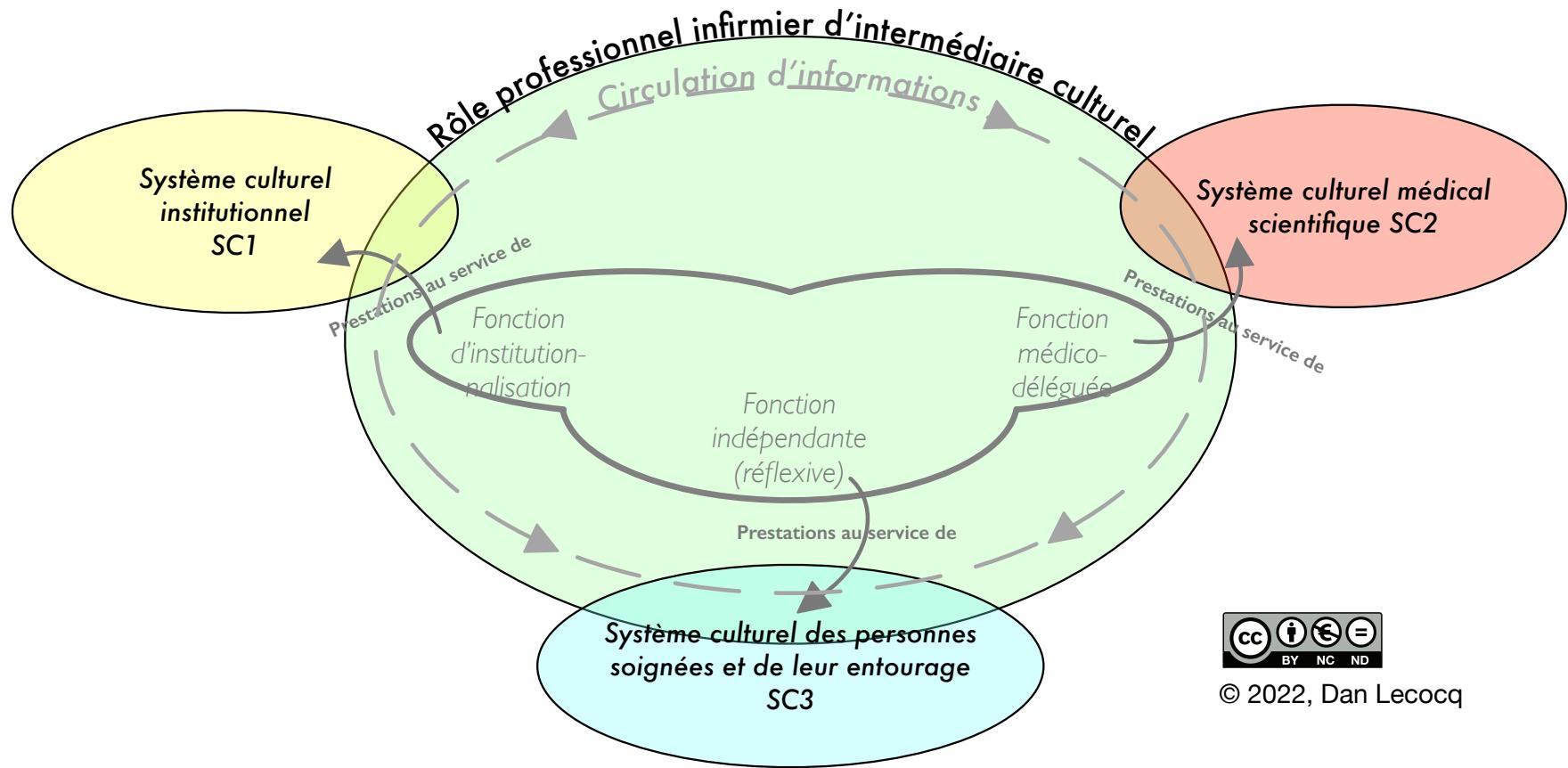
- **Approche par les capacités :**

- Premièrement, la personne doit disposer des **ressources** (*endowments*) suffisantes pour accomplir les « fonctionnements » auxquels elle aspire.
- Le terme « ressources » désigne tous les moyens de l'accomplissement de la personne, quelle que soit leur nature (un bien matériel, sa force physique, ses connaissances, son réseau de relations, etc.). Par « fonctionnements », Sen entend « les différentes choses qu'une personne peut aspirer à être et à faire, ses « *beings and doings* ».
- Ensuite, elle doit disposer des « **droits** » (*entitlements*) indispensables en vue de convertir les ressources disponibles en « fonctionnements ».
- Enfin, la personne doit avoir effectivement la possibilité de choisir ses fonctionnements : c'est ce qui définit sa **capacité** (*capability*), ce qu'elle peut accomplir en choisissant vraiment selon ses goûts, ses caractéristiques, ses préférences, ses aspirations pour elle-même mais aussi dans une perspective altruiste.

# But du service infirmier (1/2)



- **renforcer le pouvoir d'être et d'agir du patient**
  - lui apporter ce qui fait défaut pour lui permettre de réaliser son projet de vie ou de l'actualiser de la façon la plus satisfaisante pour lui.
  - Examiner avec lui ses fonctionnements souhaités, ses ressources et ses droits
- **interventions infirmières :**
  - de façon indépendante au bénéfice direct du patient et de ses proches
  - par délégation au bénéfice d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle
  - par mandat au bénéfice de l'institution et du système de soins de santé



© 2022, Dan Lecocq

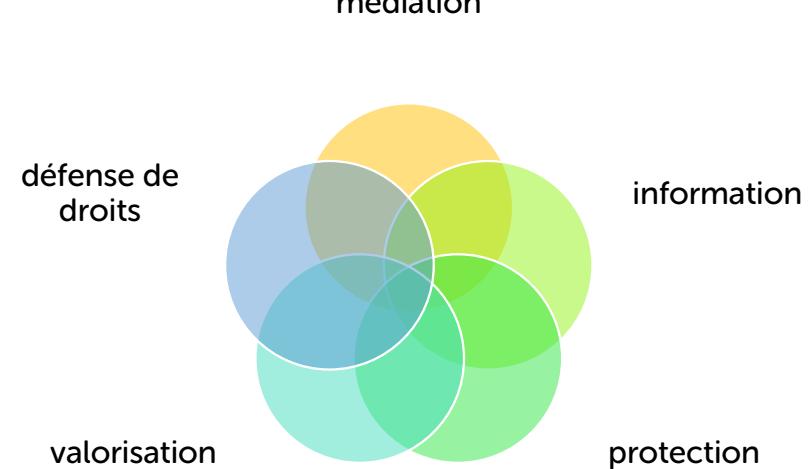
## Modèle d'intermédiaire culturel.le

Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013).  
L'activité infirmière: Le modèle  
d'intermédiaire culturel, une réalité  
incontournable. De Boeck-Estem.

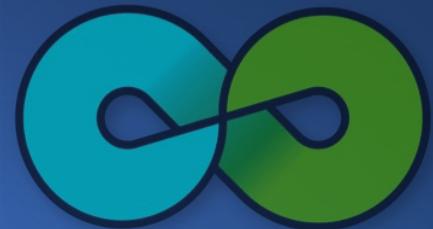
# But du service infirmier (2/2)



- **position d'intermédiaire culturelle** = place privilégiée pour veiller aux intérêts du patient et les faire valoir partout où elle intervient: **advocacy**
- assure la **liaison entre les patients, les familles et les professionnels de la santé** : elle est « la voix des patients » et fait valoir leurs préférences auprès des autres membres de l'équipe soignante quand les patients ne sont pas en mesure de le faire eux-mêmes



# Rôle de l'infirmière professionnelle (1/3)



- Dans le MPHS, l'infirmière professionnelle engage intentionnellement et consciemment avec le patient une **relation humaniste-caring**
  - **dynamique transformatrice**
  - espace de liberté dans la relation qui permet au patient de réfléchir et de s'exprimer : **favorise l'autodétermination**
    - dans cet espace-temps commun, l'infirmière et le patient partagent leurs perceptions et leurs expériences de la situation.
  - **authenticité**
  - **humilité / erreurs**
  - **empathie**
    - comprendre le patient et ses préoccupations, ses besoins, ses aspirations et ses priorités
    - contexte pour mieux connaître le patient dans son environnement
  - **acceptation inconditionnelle**

## Rôle de l'infirmière professionnelle (2/3)



- le patient avance à son rythme, dans des directions qui lui sont inconnues.
- confiance dans les capacités de développement du patient : fait preuve de patience, de courage et d'espérance.
- attachement professionnel
- convient avec lui des soins adaptés à sa personne
- compétences sur le plan technique comme sur le plan relationnel

## Rôle de l'infirmière professionnelle (3/3)

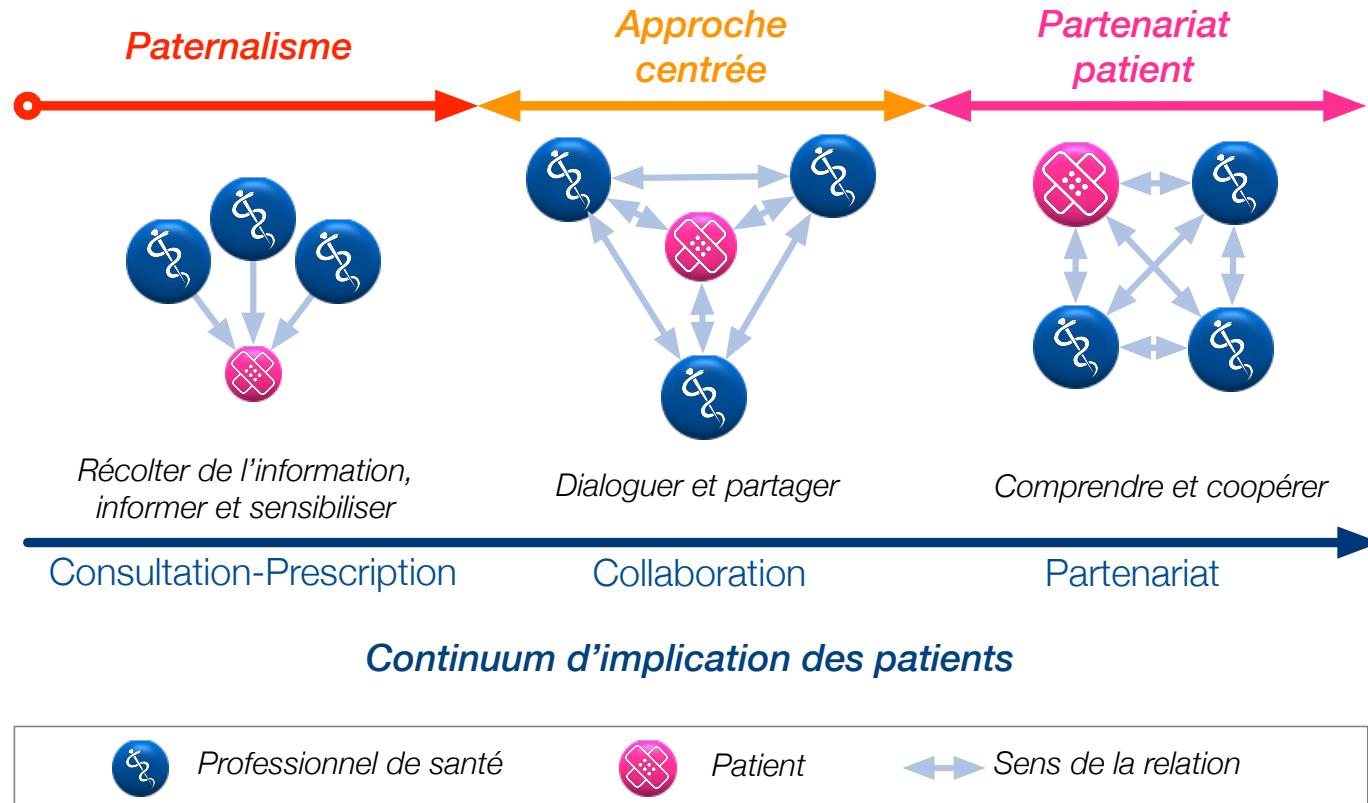


- attention particulière pour les proches du patient
- proposer un accompagnement personnalisé, distinct de celui proposé au patient et adapté à leur propre expérience.

# Façon de considérer la personne



- patient = **partenaire de ses soins**
- **complémentarité des savoirs des professionnels de santé et des patients**
- dialogue entre infirmière et patient : **coapprentissages**
- chaque situation de soin est **singulière**
- logique de **concertation** : dialogue à propos de tout ce qui paraît pertinent pour l'une et l'autre partie
- **décision finale : appartient au patient**
  - p.r. interventions à mettre en œuvre et à leurs modalités
  - coconstruction d'un projet de soins personnalisé respectueux du projet de vie du patient.



ULB 2018 © Lecocq, Lefebvre & Néron. Tous droits réservés.

# Partenariat patient

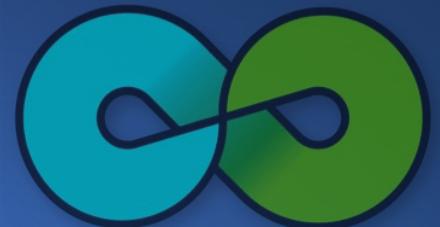
Lecocq, D., & Néron, A. (2018). Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé. ABD. Le supplément du médecin, 61(6), 27-33.

## Source des difficultés que peut rencontrer la personne (1/2)

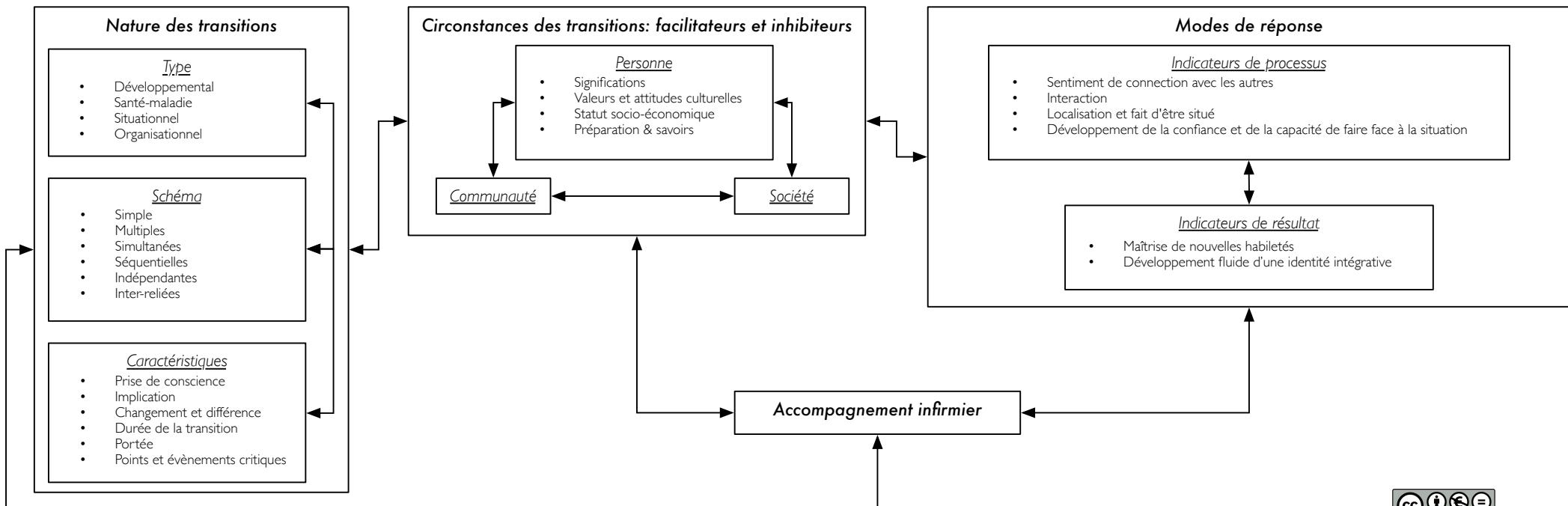


- être humain **en interrelation continue avec son environnement**
- patient & infirmière = dyade : microsystème
  - en interrelation avec une série d'autres systèmes :
    - ses proches (mésosystème),
    - l'établissement de soins (l'exosystème)
    - la société dans son ensemble (macro-système).
  - interactions bidirectionnelles et réciproques
- Sources potentielles des difficultés :
  - éléments physiques, socio-économiques et culturels constitutifs des systèmes
  - perturbation des écosystèmes
  - décalage des temporalités des systèmes

## Source des difficultés que peut rencontrer la personne (2/3)



- personne qui vit une expérience de santé considérée dans une perspective de **transition** :
  - de type « santé-maladie »
  - situationnelles
  - développementales
  - organisationnelles
- **transformation d'une identité**

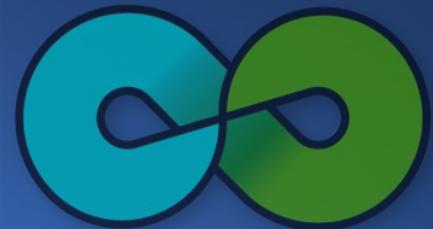


© 2022, Dan Lecocq

# Transition

Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory : Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* Springer Pub. Co.

## Source des difficultés que peut rencontrer la personne (3/3)



- mobilisation des **ressources** personnelles et de leurs environnements
  - interactions du patient avec les systèmes environnants : **culturellement important pour le patient**
    - patient qui vit avec ses propres valeurs, ses préconceptions, qui ne sont pas nécessairement les mêmes que celles de l'infirmière
  - **caractère unique de la constellation de réponses** de chaque personne à la transition

# Façon dont sont menées les interventions infirmières (1/2)



- **projet de vie du patient**
  - oriente ses choix, ses attitudes et ses comportements.
  - source de motivation pour les décisions qu'il prendra.
  - le patient s'y réfère quand il s'agit de donner du sens à son parcours de vie en santé ou avec sa maladie
- **infirmière & patient cheminent ensemble :**
  - 1/ **conduire** le patient : développer ses connaissances et ses compétences
  - 2/ **le guider** : orientations à prendre
  - 3/ **l'escorter** : procurer des ressources complémentaires
- **être là où le patient souhaite qu'elle soit**

## Façon dont sont menées les interventions infirmières (2/2)

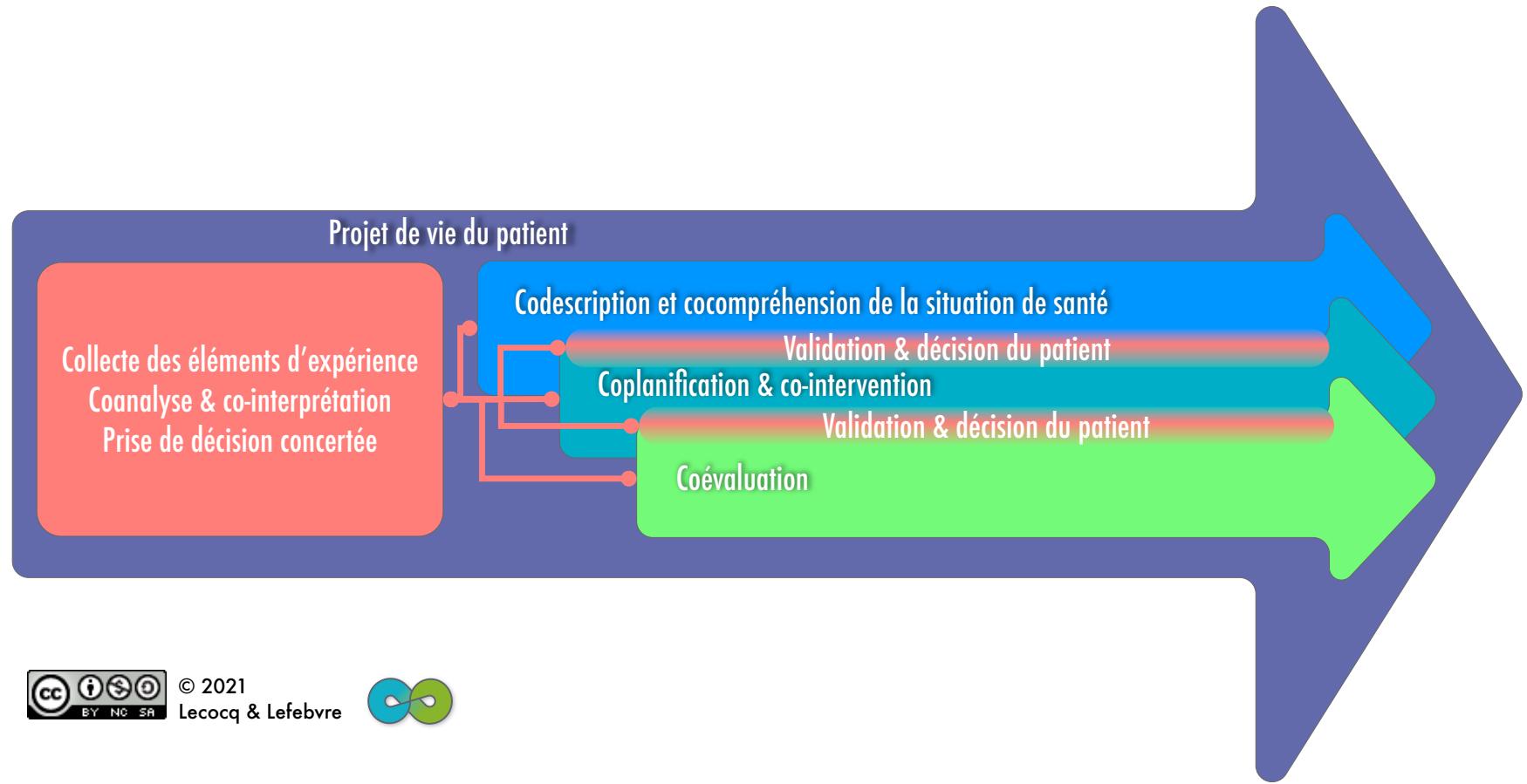


- **compréhension partagée pour parvenir à leur but**
  - situation
  - objectifs à atteindre
  - direction générale à emprunter
  - rythme à adopter
- **ne pas se substituer au patient**, qu'il s'agisse de penser, de dire ou de faire à sa place
- ne pas proposer d'intervention avant de **s'être entretenu avec le patient**

# Effets recherchés par les interventions infirmières



- effets recherchés par les interventions infirmières : **renforcement du pouvoir d'être et d'agir du patient :**
  - réaliser son projet de vie ou de l'actualiser au plus proche de ses attentes
  - sentiment de mieux-être
  - sentiment d'intégrité en santé
- **effets positifs de l'accompagnement sur l'infirmière**
  - sens à ses interventions
  - mieux-être psychologique
  - satisfaction par rapport à sa qualité de vie au travail



© 2021  
Lecocq & Lefebvre



# Démarche de soins infirmiers

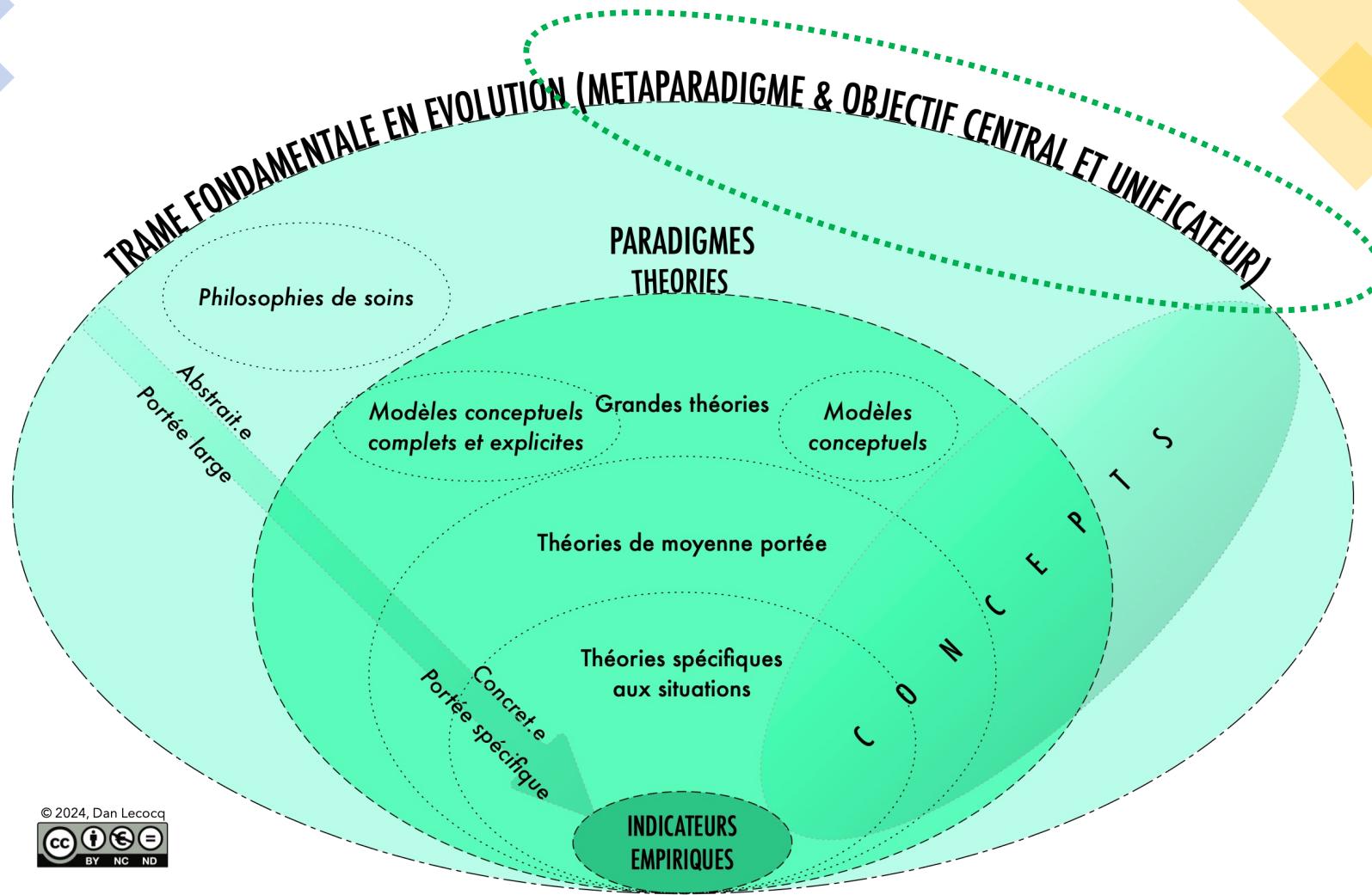
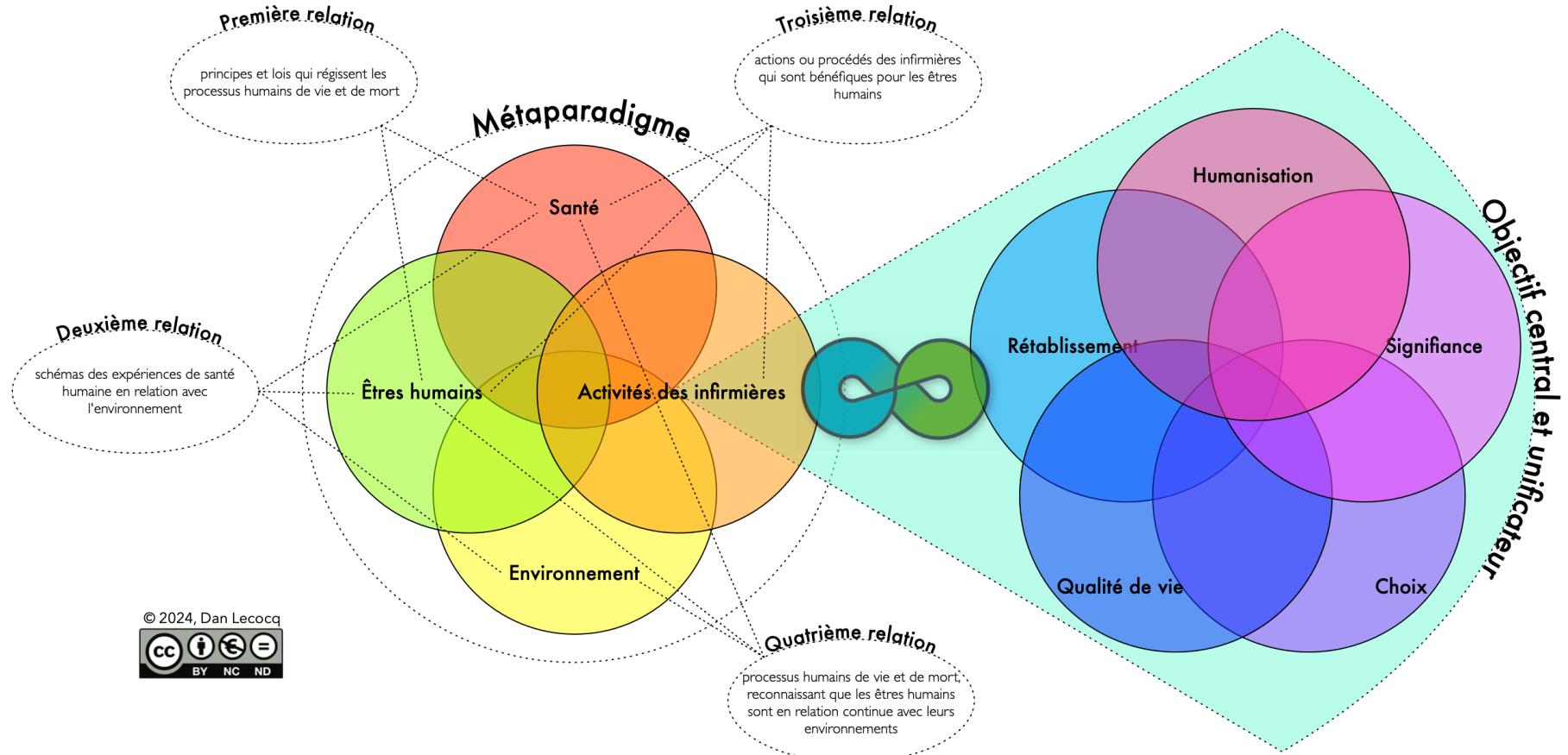


Figure 1 - Hierarchy des travaux théoriques en sciences infirmières (d'après Alligood, 2014; Fawcett, 2005b; Im & Meleis, 1999)



Méta-paradigme, thèmes récurrents et objectif central et unificateur de la discipline infirmière

(Donaldson & Crowley, 1978;  
 Fawcett, 1984; Lee & Fawcett,  
 2013; Willis et al., 2008)

# Personne



Le terme « personne » désigne toutes celles et ceux qui sont impliqués dans l'expérience de soin et qui bénéficient de l'accompagnement infirmier : le patient, les proches désignés par lui et ceux identifiés par l'infirmière, et tous les intervenants de l'équipe de soins impliqués dans l'expérience.

Le patient est la personne qui vit une expérience de transition en santé-maladie. Cette expérience est vécue en interrelation continue avec son environnement.

La transition vécue par le patient met en jeu les caractéristiques identitaires de différentes natures de toutes les personnes impliquées dans la transition.

# Environnement



L'environnement est l'ensemble des systèmes dans lesquels les personnes évoluent.

Le processus et le résultat des interactions continues de la personne avec son environnement façonnent son expérience de transition.

En retour, simultanément, les personnes influencent et font évoluer leur environnement.

# Santé



La santé est un état d'équilibre dynamique défini par la personne comme satisfaisant sur le plan de son bien-être et dans lequel elle est en capacité de réaliser un projet de vie conforme à ses aspirations.

Cet état d'équilibre biophysique, psychologique, socioculturel et spirituel constitue pour la personne son identité-intégrité en santé. Lorsque l'identité-intégrité du patient est déstabilisée, le patient vit une expérience de transition.

La santé des personnes est indissociable de la santé planétaire.



## Activités des infirmières

Les activités des infirmières consistent à cheminer ensemble avec les personnes et à leur rythme vers un nouvel état d'équilibre jugé satisfaisant par le patient et les proches, chacun pour ce qui le concerne.

En travaillant dans une dynamique de partenariat, les infirmières et les personnes partagent leurs ressources personnelles et celles de leurs environnements pour coconstruire les activités des infirmières à partir de leurs savoirs scientifiques et expérientiels.

L'accompagnement infirmier renforce le pouvoir d'être et d'agir du patient et des proches qui font l'expérience d'une transition.

Les activités des infirmières leur permettent ainsi de réaliser leur projet de vie ou de l'actualiser au plus proche de leurs attentes et de trouver une signification à ce qu'ils vivent « ici et maintenant ».

La préservation, le maintien ou le recouvrement d'une identité-intégrité satisfaisante du point de vue du patient et des proches se traduit par un sentiment de mieux-être et un équilibre en santé qu'ils jugent plus satisfaisants chacun pour ce qui le concerne.



Pour conclure

---

Avant les échanges

# Un modèle « créole »

- « la présence de savoirs divers et empruntés à d'autres disciplines »
- comme nombre de concepts et théories infirmiers



Vonarx, N. (2018). La discipline infirmière comme discipline créole: Retour sur le pluriel, les emprunts et les rencontres qui l'animent. *Recherche en soins infirmiers*, 133, 7–14.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.133.0007>



# Merci pour votre attention !

Le passeur est celui qui sait qu'il est second, et non premier, et qu'il a reçu une mémoire énorme. Il sait également qu'il n'est pas le dernier et qu'il doit transmettre.

Armand Abécassis

- 
- Adam, E. (1999). Modèles conceptuels. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 30(4), 103-114.
- 
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- 
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- 
- Fawcett, J. (2016). *Applying Conceptual Models of Nursing : Quality Improvement, Research, and Practice*. Springer Publishing Company.
- 
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. Un modèle de soins infirmiers co-construit par des patients partenaires et des professionnels. *Soins*, 816, 17-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>
- 
- Lecocq, D., & Lefebvre, H. (2021). Une perspective disciplinaire pour la pratique avancée. *Soins*, 66(853), 22-25. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(21)00052-9)
- 
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., & Laloux, M. (2022). *Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé* (1<sup>ère</sup> édition). CERESI - Cellule de recherche en science infirmière. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5835570>
- 
- Lee, R. C., & Fawcett, J. (2013). The Influence of the Metaparadigm of Nursing on Professional Identity Development Among RN-BSN Students. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 96-98. <https://doi.org/10.1177/0894318412466734>
- 
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière Education.
- 
- Popper, K. R. (1965). *Conjectures and refutations : The growth of scientific knowledge*. Basic Books.
- 
- Willis, D. G., Grace, P. J., & Roy, C. (2008). A central unifying focus for the discipline : Facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS. Advances in Nursing Science*, 31(1), E28-40. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9>

## Références bibliographiques (sélection)